



FACULTAD DE FARMACIA

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

TRABAJO DE FIN DE GRADO

EPOC EN LA POBLACION ESPAÑOLA: Epidemiología y factores asociados a partir de la Encuesta Europea de Salud en España en 2014

Autora: María Labarga Rey

Tutora: Juana de Santos Sancho

Convocatoria: Junio 2017

Contenido

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN.....	3
Clínica.....	3
Causas y prevención	4
Diagnóstico	4
Tratamiento	7
Epidemiología	7
OBJETIVO	8
MATERIAL Y MÉTODOS	8
Variables estadísticas y definiciones	9
Análisis estadístico.....	11
RESULTADOS	12
DISCUSIÓN.....	16
CONCLUSIÓN	18
BIBLIOGRAFIA.....	19

RESUMEN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica, conocida como EPOC, es una enfermedad compleja y heterogénea, con una alta incidencia y una elevada mortalidad, pero prevenible y tratable ¹. Se caracteriza por la limitación del flujo aéreo debida a la respuesta inflamatoria de los pulmones ante partículas nocivas, como las producidas por el tabaco, ésta es la causa más importante de la enfermedad.

Se ha realizado un estudio epidemiológico observacional, descriptivo y transversal sobre las características epidemiológicas de los individuos que padecen EPOC a través del análisis de la información recogida por la Encuesta Nacional de Salud del año 2014. Para evaluar si existe una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), con las variables cualitativas se ha realizado la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2) y con las variables cuantitativas la prueba de T-Student. Con los resultados obtenidos, nuestra conclusión es que el perfil epidemiológico del paciente con EPOC es: una persona de unos 65 años, fumador o ex-fumador, con un IMC superior a 25 (sobrepeso u obesidad) y con un estilo de vida sedentario.

Palabras clave: EPOC, epidemiología, Encuesta Nacional de Salud, tabaco, calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC es una patología de componente pulmonar caracterizada por la limitación del flujo aéreo, asociada a una respuesta inflamatoria anormal tanto de los pulmones como de la vía aérea a partículas nocivas o gases. Es una enfermedad prevenible y tratable, que además tiene componentes extrapulmonares significativos que pueden contribuir a la severidad de la enfermedad.²

Clínica

Los síntomas y signos de la EPOC son inespecíficos y comunes a otras afecciones ya sean respiratorias o no (como tos, disnea, expectoración...), lo que dificulta la sensibilidad para diagnosticar y establecer la gravedad. A pesar de ello el marcador que siempre está presente en los pacientes es la disnea en diferentes grados, lo cual limita las actividades que requieren esfuerzo físico; su carácter incapacitante hace que el tratamiento farmacológico se oriente a aliviarla.³

Antiguamente la EPOC era una enfermedad considerada exclusivamente como pulmonar, por lo que no se daba importancia a otros síntomas extrapulmonares que podían existir y que, además, podrían ser útiles a la hora de establecer un diagnóstico correcto, dentro de estas manifestaciones podemos encontrar: inflamaciones sistémicas, anormalidades nutricionales y pérdida de peso, disfunciones neuro-musculares, también se podrían presentar alteraciones a nivel cardíaco, nervioso y óseo.

Todo ello llevo a reconsiderar la enfermedad dando importancia tanto al componente pulmonar como al sistémico.⁴

Causas y prevención

El factor de riesgo más importante para desarrollar EPOC es el tabaco o la exposición al humo del mismo, por lo que su eliminación es un paso importante en la prevención y control de la enfermedad. Sin embargo, no es el único factor de riesgo y habrá que tener en cuenta otros como la exposición laboral a polvo y productos químicos, la contaminación del aire y por supuesto el envejecimiento paulatino de la población.

Se ha manifestado que la deficiencia de alfa-1-antitripsina es también un factor de riesgo para la EPOC, por lo que deberemos tener en cuenta factores genéticos. Esta deficiencia es muy poco frecuente, solo se manifiesta en el 1-2% de los pacientes con EPOC, pero la deficiencia severa se asocia con el desarrollo prematuro y acelerado de la patología tanto en fumadores como no fumadores.

En cuanto a la prevención de esta enfermedad la primera medida a tomar seria evitar o abandonar el hábito tabáquico. Por ello los países tienen que adoptar ciertas medidas como el Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) y el programa de medidas MPOWER, ambos ~~des~~ impulsados por la Organización Mundial de la Salud y hoy en día ratificado en ya más de 180 países.

Diagnóstico

Para el diagnóstico de esta enfermedad es necesario, en primer lugar, atender los síntomas frecuentes, generalmente detectados por el médico de familia en la consulta. Además de los síntomas, hay que evaluar cuidadosamente los antecedentes de exposición a agentes irritantes como el tabaco y los antecedentes familiares.

El estudio de la función pulmonar se puede hacer mediante espirometría, que es la prueba confirmatoria de la enfermedad. Es una prueba sencilla e indolora que mide la

función y capacidad pulmonar analizando los volúmenes pulmonares y la velocidad con que estos son movilizados.

Esta prueba puede ser simple o forzada, siendo esta última la más utilizada para el diagnóstico de patologías respiratorias, en la que tras una inspiración máxima se le pide al paciente que realice una espiración de todo el aire en el menor tiempo posible obteniendo los siguientes parámetros:

- Capacidad vital forzada (FVC): volumen total que expulsa el paciente desde la inspiración hasta la espiración máxima expresado en ml. El valor normal es mayor del 80% del valor teórico calculado a partir de su edad, tamaño, peso, sexo y grupo étnico.
- Volumen espiratorio forzado (FEV1): volumen de aire expulsado en el primer segundo de una espiración forzada también expresado en ml. Su valor debe ser mayor del 80% del valor teórico.
- Relación FEV1/FVC: se expresa en porcentaje y en un individuo sano tiene que ser superior al 70-75%.

Estos parámetros nos van a permitir diferenciar entre enfermedades restrictivas, como la fibrosis pulmonar, u obstructivas como la EPOC. En el primer caso tanto el FEV1 como el FVC están disminuidos de manera proporcional, por lo que la relación puede tener valores normales, mientras que, en el caso de enfermedades obstructivas, el FEV1 disminuye debido al aumento de la resistencia de las vías respiratorias, pero no en la misma proporción que el FVC, por lo que la relación va a estar por debajo del 70% confirmando el diagnóstico de EPOC.

En función de estos valores vamos a poder establecer la gravedad de la EPOC desde leve a muy grave.⁵

Otras pruebas también podrían ser útiles, aunque a diferencia de la ya mencionada no serían confirmatorias:

- Análisis de sangre: informaría del oxígeno y dióxido de carbono presente en la sangre, y sobre todo podría ser muy útil en el caso de EPOC genética, midiendo los niveles de alfa-1-tripsina.
- Radiografía de tórax: permitiría observar el estado general de los pulmones pudiendo diagnosticar enfisema si fuera el caso.⁶

Una vez confirmado el diagnóstico de EPOC se han propuesto una serie de fenotipos para poder clasificar a los pacientes en subgrupos con valor pronóstico.

La GesEPOC (Guía Española de la EPOC) propone cuatro fenotipos con un tratamiento diferenciado:

1. Fenotipo no agudizador, con enfisema o bronquitis crónica → todo paciente con EPOC que presente menos de dos agudizaciones al año
2. Fenotipo mixto EPOC-ASMA → son pacientes que presentan características de ambas enfermedades. Estos pacientes sufren más síntomas respiratorios, una peor calidad de vida y una mayor frecuencia y gravedad de las exacerbaciones, con aumento de los ingresos sanitarios y costes hospitalarios. Según la GesEPOC se define como una obstrucción al flujo aéreo que no es completamente reversible.

Hay estudios epidemiológicos sobre incidencia de EPOC, en los que se pone en evidencia que los pacientes asmáticos que desarrollan EPOC, tienen una enfermedad de características diferentes a aquellos EPOC sin antecedentes de asma. En el primer caso es más frecuente la rinitis alérgica, la hiperreactividad bronquial inespecífica, la presencia de sibilancias y las concentraciones plasmáticas de IgE.⁷

Por otro lado, el fenotipo agudizador se refiere a todo paciente con EPOC que presente dos o más exacerbaciones moderadas o graves al año. Estas exacerbaciones deben estar separadas al menos 4 semanas desde la resolución de la exacerbación previa, o 6 semanas desde el inicio de la misma en los casos donde no se ha recibido tratamiento, para poder diferenciar el nuevo evento de un fracaso terapéutico previo. En función de su síntoma predominante se divide en:

3. Fenotipo agudizador con bronquitis crónica → tos productiva y expectoración durante más de tres meses
4. Fenotipo agudizador con enfisema → destrucción gradual de los alveolos pulmonares que dificulta la respiración. Debido a que el concepto de enfisema es anatómico, el diagnóstico de este fenotipo es un diagnóstico clínico, radiológico y funcional.⁸

Tratamiento

Aunque la EPOC no es una enfermedad curable, tenemos hoy en día fármacos de gran utilidad que tienen por objetivo paliar las manifestaciones clínicas y aumentar la calidad de vida de los pacientes.

El tratamiento de la fase estable de la EPOC se caracteriza por:

- Broncodilatadores de acción corta anticolinérgicos (SAMA) como el bromuro de ipratropio y β_2 -agonistas de acción corta (SABA) como el salbutamol, que son fármacos eficaces en el control rápido de los síntomas. Estos fármacos se utilizan a demanda.
- Los broncodilatadores de acción prolongada o larga duración se recomiendan cuando se requiere un tratamiento regular de la enfermedad. Entre ellos están los β -adrenérgicos de larga duración (LABA) como el formoterol y los anticolinérgicos de larga duración (LAMA) como el tiotropio.

Cuando la monoterapia con broncodilatadores no es suficiente para tratar la enfermedad, se aconseja la terapia combinada ya sea de un LAMA o LABA con corticoides inhalados o la doble terapia broncodilatadora: LABA/LAMA.

En esta fase estable de la enfermedad también podrían ser útiles otros fármacos como los mucolíticos.

En el caso de las exacerbaciones de la EPOC el tratamiento depende de la gravedad de las mismas y se basa en líneas generales en el uso de corticoides sistémicos.⁹

Por último, es imprescindible destacar que la deshabituación tabáquica es la medida más eficaz para prevenirla y frenar su progresión.

Epidemiología

Debido a la sintomatología poco específica de la EPOC se trata de una enfermedad infradiagnosticada, lo que dificulta establecer con exactitud su alcance en la población. A pesar de ello se pueden encontrar algunas cifras que nos dan una idea del alcance de la enfermedad.

Según datos recientes de la OMS se estima que, en 2015, murieron por esta enfermedad cerca de 3 millones de personas en el mundo, lo cual representaría el 5% de todas las muertes registradas durante ese año.

Según la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica), la EPOC afecta aproximadamente al 10,2% de la población adulta y el 40% de las consultas de neumología son debidas a esta enfermedad. La EPOC en España registra un promedio anual de 18.000 fallecidos.

En el aspecto económico la EPOC en nuestro país supone un 2% del gasto sanitario, lo que equivale a unos 3.000 millones de euros.

Estos datos, tanto a nivel clínico como social y económico, son cuanto menos alarmantes teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad prevenible, puesto que su mayor factor de riesgo es la exposición al humo del tabaco

OBJETIVO

La EPOC es una enfermedad muy prevalente y tiene una gran repercusión social, epidemiológica, clínica y económica, siendo, por tanto, un importante problema de salud pública.

Debido a ello nos hemos planteado estudiar el perfil epidemiológico de los pacientes con EPOC en España

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio epidemiológico que se presenta es de tipo observacional, descriptivo, no longitudinal y transversal sobre las características de las personas que padecen EPOC en nuestro país. Para ello se ha utilizado la Encuesta Europea de Salud en España del año 2014 (EESE).

La EESE es un estudio seriado de encuestas que se realizan a la población española de más de 15 años, de forma periódica a través del Sistema de Información Sanitario del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), y dentro del Plan Estadístico Nacional (PEN), y en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE). El objetivo principal consiste en proporcionar información sobre la salud de la

población española, de manera armonizada y comparable a nivel europeo, con la finalidad de planificar y evaluar las actuaciones en materia sanitaria.

En cuanto al diseño muestral de la encuesta se ha utilizado un muestreo trietápico con estratificación de las unidades de primera etapa. Las unidades de primera etapa son las secciones censales, las de segunda etapa son las viviendas familiares principales y por último dentro de cada hogar se selecciona a un adulto (15 años o más).

Para cubrir los objetivos y que las estimaciones tengan un nivel de precisión aceptable al nivel nacional y de Comunidad Autónoma, se ha determinado una muestra de, aproximadamente 37.500 viviendas distribuidas en 2.500 secciones censales. La muestra se distribuye entre Comunidades Autónomas asignando una parte uniformemente y otra proporcionalmente al tamaño de la Comunidad.¹⁰

Variables estadísticas y definiciones

– Características socio-demográficas

- Sexo: variable cualitativa dicotómica: "hombre/mujer"
- Comunidad Autónoma: variable cualitativa, clasificada en varias categorías (tantas como CCAA).
- Nivel de estudios: variable cualitativa con cinco categorías: "Estudios Primarios (o menos), 2º grado 1º Ciclo, 2º Grado 2º Ciclo, Universitarios".

– Variables relacionadas con los hábitos de vida

- Tabaco: variable cualitativa con dos categorías: "fuma actualmente" o "no fuma actualmente".
- Edad de inicio tabaco: variable cuantitativa
- Edad y nº de cigarrillos de los enfermos de EPOC: variables cuantitativas
- Ejercicio físico: variable cualitativa dicotómica clasificada en: "hace deporte actualmente" o "no hace deporte actualmente".

- Ejercicio en el trabajo: variable cualitativa con dos categorías: "sentado o de pie, pero sin realizar esfuerzos" y "caminando o realizando tareas que requieran esfuerzo físico".
- Dificultad para caminar: variable cualitativa dicotómica clasificada en "tiene dificultad para caminar"/ "no tiene dificultad para caminar".
- Dificultad para subir escaleras: variable cualitativa dicotómica clasificada en "tiene dificultad para subir escaleras" / "no tiene dificultad para subir escaleras".
- IMC: Variable cuantitativa. Esta variable se calculó a partir de la talla (cm) y del peso (Kg) auto-declarados, calculando el IMC mediante la ecuación $IMC = \text{Peso} / (\text{Talla}/100)^2$. Se clasificaron las respuestas en cuatro categorías:
 - Peso insuficiente: $IMC < 18,5$
 - Normopeso: IMC entre 18,8 y 24,9
 - Sobrepeso: $IMC \geq 25$
 - Obesidad: $IMC \geq 30$

Para el estudio se agruparon las respuestas en dos categorías principales: "obesos" (a los de IMC superior o igual a 25), "no obesos" (a los de IMC inferior a 25).

– **Variables relacionadas con el estado de salud**

- Ingreso hospitalario: variable cualitativa dicotómica dividida en "ha sido ingresado en los últimos 12 meses" o "no ha sido ingresado en los últimos 12 meses".
- Urgencias: variable cualitativa dicotómica dividida en "ha visitado el servicio de Urgencias en el último año" o "no ha visitado el servicio de Urgencias en el último año".

- Ausencia al trabajo por motivos de salud: variable cualitativa dicotómica clasificada en "ha faltado al trabajo por problemas de salud" o "no ha faltado al trabajo por problemas de salud".
- Prescripción de antibióticos: variable cualitativa dicotómica dividida en "le han sido recetados antibióticos" o "no le han sido prescritos antibióticos".
- Medicamentos para tos/catarro: variable cualitativa dicotómica dividida en "le han sido recetados medicamentos para tos/catarro" o "no le han sido recetados medicamentos para tos/catarro".
- Vacuna gripe: variable cualitativa dicotómica clasificada en "se ha vacunado de la gripe en la última campaña" o "no se ha vacunado de gripe en la última campaña".
- Patologías contribuyentes o concomitantes. Se contemplaron las siguientes: ansiedad, depresión, hipertensión arterial, asma, angina de pecho, infarto agudo de miocardio y otras cardiopatías. Todas ellas son variables cualitativas dicotómicas clasificadas en "la padecen" / "no la padecen".
- Estado de salud percibido en los últimos 12 meses. Es una variable cualitativa con cinco categorías: "muy buena, buena, regular, mala o muy mala".

Análisis estadístico

Se utilizó el programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versión 19.0 para Windows. Se agruparon variables cuando fue necesario, así como las categorías de respuesta.

Para evaluar si existía una asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con las variables cualitativas se realizó la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2) con un nivel de significación de $p < 0,05$ y con las variables cuantitativas la prueba de T-Student. Con estas variables cuantitativas se ha calculado la media y la desviación estándar junto a su intervalo de confianza al 95%, la mediana, valores máximo y mínimo y percentiles.

RESULTADOS

A partir de la muestra de la Encuesta Nacional de Salud del año 2014 (22.842 personas), se observa que el 4,8% (1086 personas) padece EPOC, siendo el 51,6% mujeres. Sin embargo, según los resultados obtenidos con la prueba del χ^2 y los valores de la p podemos afirmar que la EPOC no es una enfermedad asociada al sexo.

El origen de los pacientes con EPOC se ve en la Fig. 1. La Comunidad Autónoma en la que mayor incidencia de EPOC hay es Baleares y en la que menor Aragón:

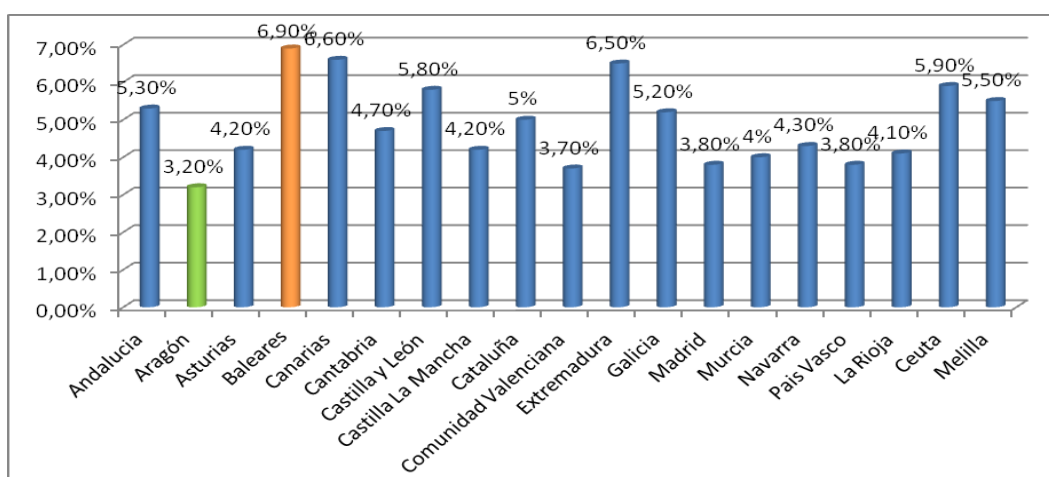


Figura 1. Porcentajes de enfermos de EPOC en las CCAA teniendo en cuenta su población

Atendiendo al nivel cultural, encontramos un mayor número de enfermos de EPOC entre las personas cuyo nivel educativo es la Educación Primaria, Tabla 1.-

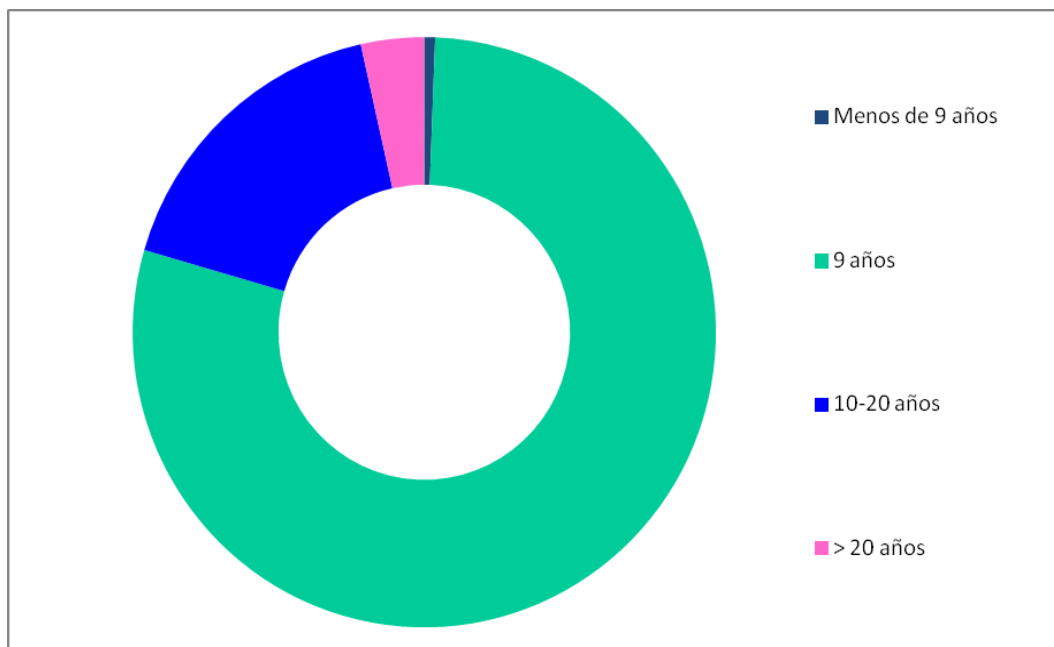
NIVEL EDUCATIVO	PORCENTAJE
Analfabetos	4,30%
Educación Primaria	56,10%
Educación Secundaria	21,60%
Educación Superior	18%

Tabla 1. Nivel de estudios en pacientes que padecen EPOC

Con respecto a las **variables relacionadas con los hábitos de vida** vamos a centrarnos especialmente en el consumo de tabaco.

La edad a la que se inició el hábito tabáquico se recoge en la Figura 2, siendo la edad más frecuente para empezar a fumar en estos enfermos 9 años:

Figura 2. Porcentaje de edad de inicio en el hábito tabáquico en los enfermos de EPOC



Por otro lado, la edad media del paciente con EPOC es de 65,23 años ($DE \pm 17,74$ años).

En cuanto al hábito tabáquico después de conocido el diagnóstico, a pesar de su enfermedad, un 23,2% sigue fumando frente a un 76,8% que lo ha dejado; y la media de cigarrillos que fuman de estos enfermos es de 16,6 cigarrillos al día, con una mediana de 15 (percentil 10=10 y percentil 75=20), siendo el valor mínimo de 2 cigarrillos/día y el máximo de 70 cigarrillos/día.

Con respecto al ejercicio físico observamos que, el 55,5% de los enfermos de EPOC no practican nunca deporte, frente al 44,5% que si lo hace, aunque sea de forma ocasional. Y con respecto a su jornada laboral, el 85,2% la realiza sentada o de pie sin hacer desplazamientos o esfuerzos físicos.

Además, un 41,7 % de los enfermos de EPOC presentan dificultad para caminar y en un 49,6% dificultad para subir escaleras.

El estado físico de estos pacientes se puede conocer en función de su Índice de Masa Corporal (IMC) que les divide en peso insuficiente, normopeso, sobrepeso y obesidad. Los resultados obtenidos se reflejan en la Tabla 2:

Peso insuficiente	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad
2,3%	31,7%	38,20%	27,80

Tabla 2. IMC de los enfermos de EPOC

Con respecto a las **variables relacionadas con el estado de salud** obtuvimos los siguientes resultados:

Un 23,2% de los enfermos de EPOC ha sido ingresado en los últimos 12 meses, frente al 7,8 % de los no enfermos de EPOC, y han visitado el servicio de Urgencias en el último año un 44,3% de los pacientes con EPOC frente a un 26,4% del resto de pacientes.

En cuanto a los medicamentos que les son prescritos a los enfermos con EPOC las prescripciones de antibióticos y de medicamentos para tos o catarro, se observan en la Fig. 3:

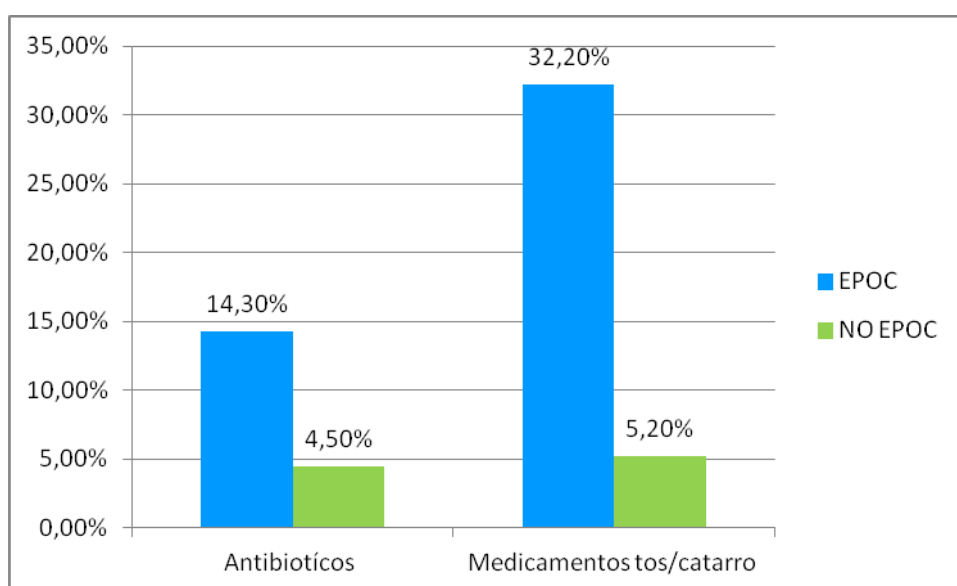


Figura 3. Antibióticos y medicamentos para tos/catarro prescritos a enfermos de EPOC y no enfermos de EPOC

Los enfermos de EPOC que se vacunaron contra la de la gripe, en la última campaña antes de la encuesta, fue del 53,8% frente al 21,6% de los no enfermos de EPOC que optaron por ponerse dicha vacuna.

La comorbilidad de los pacientes con EPOC con respecto al resto de la muestra, teniendo en cuenta enfermedades como: ansiedad, depresión, hipertensión arterial (HA), asma, angina de pecho, infarto agudo de miocardio (IAM) y otras cardiopatías, se puede ver en la Fig 4:

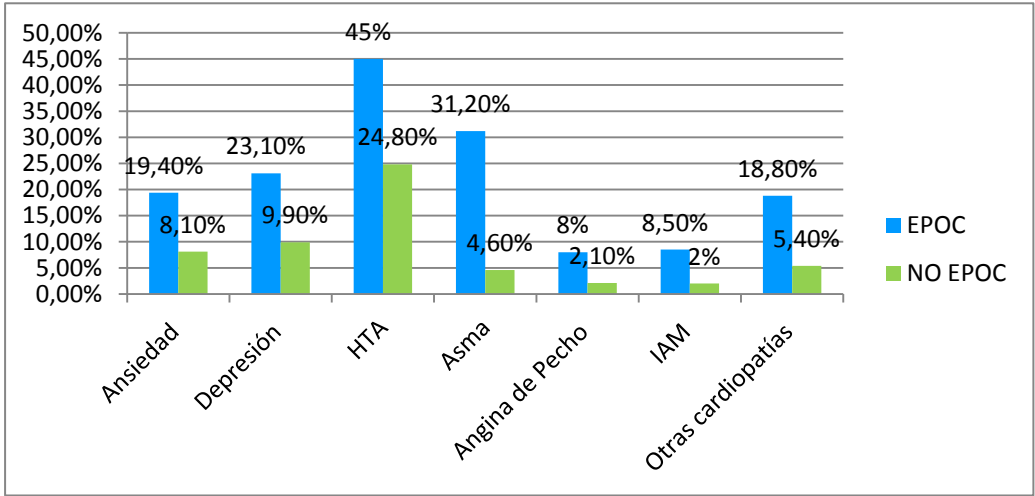


Figura 4. Enfermedades contribuyentes y/o concomitantes en enfermos con EPOC y no enfermos de EPOC

Por último, se consideró la percepción del estado de salud de los pacientes enfermos de En la siguiente tabla se muestran los porcentajes obtenidos, siendo la mayoría de los enfermos de EPOC los que consideran que su salud es regular, mala o muy mala:

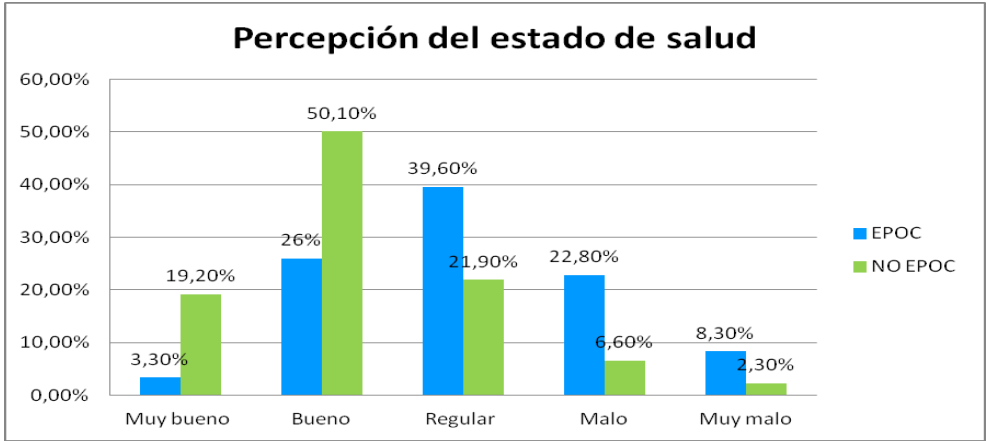


Figura 5. Percepción del estado de salud en enfermos de EPOC y no enfermos de EPOC

Hemos encontrado otras variables que no presentan asociación estadísticamente significativa con la EPOC entre las que están: SEXO, nacionalidad, estado civil, exposición al humo del tabaco y la ausencia al trabajo.

DISCUSIÓN

La prevalencia de EPOC en España ha ido decreciendo en los últimos años, estando en 2003 en un 16% y en 2007 en un 9%. Según el estudio EPISCAN, actualizado en 2010, la prevalencia de la EPOC en España es de 5,6% y de ella un 71,91% correspondería a hombres y un 28,9% a mujeres. Nuestros resultados dan una prevalencia de la enfermedad de un 4,8% y el sexo no está asociado con la enfermedad. Estos datos no son totalmente comparables puesto que los estudios se pueden haber realizado en diferentes condiciones pero lo que sí parece es que la población comienza a ser más consciente de la necesidad de eliminar el tabaco, y el hecho de que en nuestro estudio el sexo no esté asociado a la EPOC, puede deberse al hecho de que, ya hace muchos años que la mujer ha empezado a fumar al mismo nivel que los hombres. Por otro lado, en España en el año 2011, se introdujo la "Ley antitabaco", que prohibía fumar en espacios cerrados y públicos, lo que ha llevado a muchas personas a dejar este hábito, teniendo por tanto sentido la disminución en la prevalencia de la EPOC en nuestro país.

Con respecto a la prevalencia de EPOC por zonas geográficas, nuestros resultados difieren de los obtenidos en el estudio EPISCAN. En nuestro estudio la comunidad de mayor prevalencia de EPOC es Baleares y la de menor Aragón.

En cuanto a la distribución por sexo, vemos en otros estudios¹¹, que la proporción de mujeres ha ido aumentando conforme ha ido pasando el tiempo, mientras que en nuestro estudio mediante los valores de la chi cuadrado y la p, podemos afirmar que no hay relación entre la enfermedad y el sexo de los pacientes, esto puede ser debido a que a lo largo de los años las mujeres han ido fumando tanto o más que los hombres como ya hemos dicho anteriormente.

Entre los datos sociales, tanto nuestro estudio como el realizado por Francisco Javier Álvarez y colaboradores en 2007¹², destacan el nivel cultural bajo de los pacientes con EPOC, mientras que en 2007 solo algo más de un 20% tenía estudios secundarios o superiores, en nuestro trabajo este porcentaje ha aumentado a casi el doble, pero a pesar

de ello, la mayoría de los pacientes con EPOC tienen un nivel de educación básico (60% con educación primaria y analfabetos).

Un resultado muy sorprendente es la edad a la que estos enfermos empezaron a fumar, siendo en casi un 80% a los 9 años, a la hora de intentar contrastar este dato, encontramos un estudio realizado por J.I. Jaén Díaz y colaboradores en 2003 en España¹³, en el que la edad media a la que se empieza a fumar es de 16 años. No hemos conseguido ningún otro estudio con este dato.

Según los datos obtenidos en nuestro estudio un 23,2% de nuestros enfermos de EPOC siguen fumando y el estudio ADEPOCLE (2016)¹⁴ muestra que esta cifra aumenta incluso a un 34,5%, datos que nos sorprenden puesto que el mejor tratamiento para estos enfermos es abandonar el hábito tabáquico y a pesar de su diagnóstico no lo hacen.

Por otro lado, en nuestro estudio la mayoría de estos enfermos suelen estar en cuanto a IMC se refiere, entre sobrepeso y obesidad, lo cual coincide con los resultados obtenidos por A. Cortés Caballero y colaboradores en un estudio en España en el año 2015¹⁵, en el que se estimó que dichos pacientes tienen un IMC medio de 28,1 (sobrepeso). Estos datos parecen corroborar que, en líneas generales, no se trate de pacientes con una actividad física muy intensa, sino que suelen llevar una vida más bien sedentaria, además también puede contribuir el peso a la dificultad para andar o subir escaleras, que aproximadamente padece un 45% de estos pacientes.

Desde un punto de vista sanitario, muchos estudios, como el de J.F. Masa¹⁶, demuestran que estos pacientes generan un coste a la sanidad pública muy grande, lo cual concuerda con nuestros resultados, en los que vemos como los enfermos de EPOC tienen más ingresos en el hospital y además se les prescribe una mayor cantidad de fármacos en comparación con el resto de pacientes, ya sean antibióticos para tratar sus recurrentes infecciones o medicamentos para la tos o catarro que suelen necesitar muy frecuentemente.

Otra de las variables importantes en los pacientes con EPOC es la comorbilidad, puesto que en general son personas que padecen de varias patologías. Las enfermedades que se encuentran más frecuentemente asociadas con la EPOC son: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las infecciones, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Las comorbilidades en la EPOC no sólo contribuyen a aumentar la repercusión social y el

coste anual de la enfermedad, sino que también constituyen un factor pronóstico de mortalidad en los pacientes que las padecen. En el estudio de Javier de Miguel Díez y colaboradores del año 2010¹⁷, se obtiene que la enfermedad de mayor frecuencia en los pacientes con EPOC son las cardiopatías, mientras que en nuestro caso es la hipertensión arterial.

En nuestro estudio vemos que enfermedades como el asma, están 8 veces más presente en enfermos de EPOC que en el resto de pacientes, y otras enfermedades como la hipertensión arterial u otras cardiopatías, son 4 veces más frecuentes en estos pacientes, estos últimos datos también son confirmados por un estudio de comorbilidades de la EPOC, llevado a cabo por P. Almagro Mena en España en el año 2007.¹⁸

Por último, se estudió la percepción que tienen estos pacientes de su estado de salud, en los resultados que obtenemos se muestra que, alrededor de un 70% de los enfermos de EPOC consideraban su salud regular, mala o muy mala. Esto se puede explicar debido a las comorbilidades y las dificultades físicas que padecen. No hemos encontrado estudios con los que poder comparar este dato.

CONCLUSIÓN

Con los datos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2014, estimamos una frecuencia de EPOC en la población de un 4,8%. El perfil del paciente con EPOC sería una persona de unos 65 años, fumador o ex-fumador, generalmente obeso o con sobrepeso y con hábitos de vida más bien sedentarios.

Nuestro estudio confirma la utilidad de la Encuesta Nacional de Salud de 2014 como fuente válida de información para la investigación epidemiológica de los individuos que padecen EPOC.

No obstante, es importante dejar la puerta abierta a nuevas investigaciones, proponiendo estudios longitudinales que podrían obtener conclusiones más exactas, estudiando factores que predispongan al paciente a sufrir esta enfermedad.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Ancochea J, Miravittles M, "Visión evolutiva en el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)", Monogr Arch Bronconeumol. 2016;3(6):167-172
- ² Efraín C. Félix Hinojosa, "Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)", Acta Med Per 26 (4), 2009, página 188.
- ³ José Luis Izquierdo Alonso, "Nuevos parámetros clínicos en la EPOC", Arch Bronconeumol 2008;44 (2): 4-10
- ⁴ Agustí AG, Noguera A, Sauleda J, Sala E, Pons J, Busquets X. "Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease". Eur Respir J. 2003;21:347-60
- ⁵ Nilson Aguntín Contreras Carreto, Jonathan Uriel Martínez Quevedo, "Utilidad de la espirometría en el paciente con EPOC", Medigraphic, 2006, 13: 156-159
- ⁶ Asociación Latinoamericana de Tórax, "Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Neumo-Argentina, 2011, Edición 1; 11-29
- ⁷ Javier de Miguel Díez, José Luis Álvarez-Sala Walther, "Fenotipo mixto EPOC-asma. ¿Dónde nos encontramos?", Medicina respiratoria, 2015, 8 (2): 47-55.
- ⁸ Marc Miravittles, Juan José Soler-Cataluña, Myriam Calle y cols, "Guía española de la EPOC (GesEPOC). Actualización 2014, Arch Bronconeumol, 2014; 50 (Supl 1): 1-16.
- ⁹ Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad, "Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)", Guías salud, 2012, 41-75
- ¹⁰ Instituto Nacional de Estadística (INE), "Encuesta Europea de Salud en España 2014. EESE-2014. Metodología", Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, 2-7
- ¹¹ Joan B. Soriano, Marc Miravittles, Datos Epidemiológicos de EPOC en España", Arch Bronconeumol 2007, 43, supl, 1:2-9
- ¹² Francisco Javier Álvarez-Gutiérrez, Marc Miravittles, Miriam Calle y cols, " Impacto de la EPOC en la vida diaria de los pacientes. Resultados del estudio multicéntrico EIME", Arch Bronconeumol. 2007;43(2):64-72
- ¹³ J.I. Jaén Díaza, C. de Castro Mesaa, M.J. Gontán García-Salamanca, "Prevalencia y factores de riesgo de EPOC en fumadores y ex fumadores", Arch Bronconeumol 2003;39(12):554-8
- ¹⁴ Ana Beatriz de Abajo Larriba, Ángel Díaz Rodríguez, Javier González-Gallego y cols, "Diagnóstico y tratamiento del hábito tabáquico en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio ADEPOCLE", Nutr Hosp 2016; 33(4):954-961
- ¹⁵ A. Cortes Caballero, P. Cejudo, C. López Martín y cols, "Valoración de la masa muscular por bioimpedancia en pacientes con EPOC", Rev Esp Patol Torac 2015; 27 (3): 143-150
- ¹⁶ J.F. Masa, V. Sobradillo, C. Villasante, "Costes de la EPOC en España. Estimación a partir de un estudio epidemiológico poblacional", Arch Bronconeumol 2004;40(2):72-9
- ¹⁷ Javier de Miguel Díez, Teresa Gómez García, Luis Puente Maestu, "Comorbilidades de la EPOC", Arch Bronconeumol, 2010, 46, Supl 11, 20-25
- ¹⁸ P Almagro Mena, "Factores pronosticos en la EPOC. El papel de la comorbilidad", Rev clinic esp, 2007, 207 Supl, 1:8-13.